

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN
DEPRESI POSTPARTUM DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
KARANGANYAR KABUPATEN KARANGANYAR
TAHUN 2017**



Disusun Sebagai Satu Syarat Menyelesaikan Program Studi Strata 1 pada Jurusan
Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan

Disusun Oleh:

ROIDATUS SALMA HANIFAH
J 410130076

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
2017**

HALAMAN PERSETUJUAN

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN
DEPRESI POSTPARTUM DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
KARANGANYAR KABUPATEN KARANGANYAR TAHUN 2017**

PUBLIKASI ILMIAH

Oleh:

ROIDATUS SALMA HANIFAH
J410130076

Telah diperiksa dan disetujui untuk diuji oleh:

Dosen
Pembimbing



Yuli Kusumawati, SKM., M.Kes (Epid)
NIK. 863

HALAMAN PENGESAHAN

**Hubungan Antara Pengetahuan Dan Sikap Ibu Nifas Tentang Tanda Bahaya
Komplikasi Nifas Dengan Kunjungan Nifas Di Wilayah Kerja Puskesmas
Karanganyar Kabupaten Karanganyar Tahun 2017**

OLEH
RATNA DITYA PRATIWI
J 410 130 069

**Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surakarta
Pada hari Kamis, 2 November 2017
dan dinyatakan telah memenuhi syarat**

Dewan Penguji

- | | |
|---|--|
| 1. Yuli Kusumawati, S.KM., M.Kes (Epid)
(Ketua Dewan Penguji) | (..... ) |
| 2. Kusuma Estu Werdani, S.KM., M.Kes
(Anggota I Dewan Penguji) | (..... ) |
| 3. Sri Sugiarsi, S.KM., M.Kes
(Anggota II Dewan Penguji) | (..... ) |

Dekan,


Dr. Mutalazimah, M.Kes
NIK. 786

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam naskah publikasi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila kelak terbukti ada ketidakbenaran dalam pernyataan saya diatas, maka akan saya pertanggungjawabkan sepenuhnya.

Surakarta, 2 November 2017

Penulis



Roidatus Salma Hanifah
J410 130 076

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN DEPRESI POSTPARTUM DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KARANGANYAR KABUPATEN KARANGANYAR TAHUN 2017

Abstrak

Sekitar 60,90% kematian maternal terjadi pada waktu nifas. Di Kabupaten Karanganyar pada tahun 2015 terdapat 16 kasus kematian ibu, dimana 12 kasus meninggal pada saat nifas. Salah satu masalah komplikasi nifas yang penting adalah kesehatan mental berupa depresi postpartum yang masih banyak dialami oleh ibu nifas. Tujuan dari penelitian ini untuk menganalisis hubungan antara usia, paritas, pendidikan, pekerjaan, dukungan suami, dan dukungan keluarga dengan kejadian depresi postpartum di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar Kabupaten Karanganyar tahun 2017. Jenis penelitian ini adalah observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah 106 ibu pascamelahirkan di bulan Juni 2017 dengan jumlah sampel 81 orang. Pengambilan sampel dengan menggunakan *proportional random sampling*. Sumber data pada penelitian ini menggunakan data primer yang berasal dari hasil wawancara menggunakan kuesioner dan untuk pengukuran depresi pada ibu nifas menggunakan kuesioner EPDS (*Edinburgh Postpartum Depression Scale*) dengan ketentuan apabila skor < 10 maka ibu nifas tidak mengalami depresi postpartum sedangkan skor ≥ 10 maka ibu nifas mengalami depresi postpartum. Dan data sekunder berasal dari data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Karanganyar dan Puskesmas Karanganyar. Analisis data menggunakan uji *chi-square*. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara dukungan suami ($p = 0,003$), dukungan keluarga ($p = 0,010$) dan tidak ada hubungan antara usia ($p = 0,656$), paritas ($p = 0,469$), pendidikan ($p = 0,798$), pekerjaan ($p = 0,216$) dengan kejadian depresi postpartum di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar Kabupaten Karanganyar tahun 2017.

Kata kunci : depresi postpartum, dukungan suami, dukungan keluarga, usia, paritas, pendidikan, pekerjaan

Abstract

Approximately 60,90% of maternal deaths occur at the time of childbirth. In 2015 there was 16 cases of maternal deaths, 12 cases died at the time of childbirth in Karanganyar. One of postpartum complication's problem was mental health. Postpartum depression had been around for the most of postpartum mother. The purpose of this study was to analyze the correlation between age, parity, education, occupation, husband support, and family support with postpartum depression events in the working area of Puskesmas Karanganyar Karanganyar District 2017. This was analytic observasional research with cross sectional approach. Population in this research are postpartum mother in June 2017 in 106 and sample that be choosen by proportional random sampling 81 people. Sources of data in this research used primary data derived from interviews using questinnaires and for the measurement of

depression in postpartum using EPDS (Edinburgh Postpartum Depression Scale) with the provision that if the score < 10 then postpartum mothers do not experience while the score ≥ 10 then mother postpartum depression. And secondary data comes from data obtained from Karanganyar District Health Office and Puskesmas Karanganyar. The statistic test technique used chi-square. The result of this research showed that a correlation between husband support ($p = 0,003$), family support ($p = 0,010$) and no correlation between age ($p = 0,656$), parity ($p = 0,469$), education ($p = 0,798$), and occupation ($p = 0,216$) with postpartum depression event in the working area of Puskesmas Karanganyar Karanganyar District 2017.

Keywords : *postpartum depression, husband support, family support, age, parity, education, occupation*

1. PENDAHULUAN

Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi salah satu indikator penting dari derajat kesehatan masyarakat. Kematian saat melahirkan biasanya menjadi faktor utama mortalitas (Saefudin, 2002). AKI ini menggambarkan jumlah kematian perempuan hamil atau kematian dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan tanpa mempertimbangkan umur dan jenis kehamilan. Bisa juga karena komplikasi persalinan atau nifas, penyakit bawaan sejak hamil, dan manajemen kehamilan yang salah tetapi bukan karena kecelakaan (Kadour, 2008).

Selama kurun waktu 25 tahun yaitu 1990 sampai dengan 2015, WHO memperkirakan 10,7 juta perempuan telah meninggal karena melahirkan. Pada tahun 2015, sebanyak 303.000 kematian ibu terjadi di seluruh dunia. Kematian wanita usia subur di negara miskin diperkirakan sekitar 25-50% penyebabnya adalah masalah kesehatan, persalinan, dan nifas (WHO, 2015).

AKI masih merupakan masalah kesehatan yang serius di negara berkembang. Menurut laporan *World Health Organization* (WHO), tahun 2014 beberapa negara memiliki AKI cukup tinggi seperti Afrika Sub-Sahara 179.000 jiwa, Asia Selatan 69.000 jiwa, dan Asia Tenggara 16.000 jiwa. Angka kematian ibu di negara-negara Asia Tenggara yaitu Indonesia 190 per 100.000 kelahiran hidup, Vietnam 49 per 100.000 kelahiran hidup, Thailand 26 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 27 per 100.000 kelahiran hidup, dan Malaysia 29 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2015).

Berdasarkan data dari WHO, AKI di Indonesia masih tinggi dibandingkan dengan negara ASEAN lainnya. AKI di Indonesia menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup meningkat dibandingkan hasil SDKI tahun 2007 yaitu 228 per 100.000 kelahiran hidup. Jumlah kasus kematian ibu di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2015 sebanyak 619 kasus (AKI sebesar 111,16 per 100.000 kelahiran hidup), angka ini mengalami penurunan cukup signifikan dibandingkan jumlah kasus kematian ibu tahun 2014 yang mencapai 711 kasus (111,16 per 100.000 kelahiran hidup). Sedangkan pada tahun 2016 jumlah kematian ibu terjadi penurunan kembali walaupun sedikit yaitu 602 kasus (AKI sebesar 109,65 per 100.000 kelahiran hidup) (DKK Provinsi Jawa Tengah, 2015).

AKI di Indonesia dan Jawa Tengah yang masih tinggi menunjukkan bahwa kesehatan ibu dan anak perlu mendapatkan perhatian, karena menggambarkan pelayanan kesehatan di masyarakat. Kabupaten yang tertinggi AKI di Jawa Tengah adalah Brebes, Tegal, Pemalang, Semarang, dan Grobogan. Kabupaten Karanganyar juga masih terdapat kematian ibu yaitu sebesar 10 orang pada tahun 2016 (DKK Provinsi Jateng, 2016). Jumlah kelahiran hidup di Karanganyar tahun 2015 sebanyak 12.974 bayi, sehingga didapatkan angka kematian ibu sebesar 123,3 per 100.000 kelahiran hidup. AKI tahun 2015 mengalami penurunan bila dibandingkan pada tahun 2014 (138,5 per 100.000 kelahiran hidup). Jika dibandingkan dengan AKI nasional, angka kematian ibu di Kabupaten Karanganyar sudah dibawah angka nasional, namun jika dibandingkan dengan AKI di Jawa Tengah Kabupaten Karanganyar masih diatasnya (Dinkes Kabupaten Karanganyar, 2015).

Berdasarkan waktu terjadinya, kematian ibu di Jawa Tengah tahun 2015 sebesar 60,90% kematian maternal terjadi pada waktu nifas, 26,33% pada waktu hamil, dan 12,76% pada waktu persalinan. Di Kabupaten Karanganyar pada tahun 2015 dari 16 kasus kematian ibu sebesar 12 kasus meninggal pada saat nifas (75%) dan pada tahun 2016 jumlah kematian ibu di Kabupaten Karanganyar sebesar 10 orang. Meskipun di Kabupaten Karanganyar sudah terjadi penurunan namun

seharusnya jumlah kematian ibu tidak ada. Jumlah kematian ibu pada saat nifas pada tahun 2015 ditemukan terbanyak di Puskesmas Karanganyar yaitu sebanyak 3 kasus. Jumlah ini meningkat dibandingkan pada tahun 2012 yang hanya ditemukan 2 kasus kematian ibu nifas (Dinkes Kab. Karanganyar, 2015).

Kematian ibu dapat dipengaruhi oleh komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan, komplikasi nifas, riwayat penyakit ibu, riwayat KB, dan keterlambatan rujukan (Fibriana, 2007). Sarwani (2008) juga memaparkan bahwa komplikasi nifas dan riwayat penyakit ibu mempengaruhi kematian ibu.

Masa nifas merupakan masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu. Periode masa nifas dimulai dari 6 jam sampai dengan 42 hari paskamelahirkan. Masa ini penting sekali untuk dipantau karena sebagian besar kematian maternal terjadi pada masa nifas (Saleha, 2009).

Walyani dan Purwoastuti (2015) memaparkan bahwa sekitar 50% dari kematian pada masa nifas terjadi pada 24 jam pertama setelah melahirkan, diantaranya disebabkan oleh adanya komplikasi masa nifas. Menurut penelitian Assarag dkk (2013) komplikasi nifas meliputi kesehatan mental, infeksi genital, masalah payudara, dan pendarahan.

Salah satu masalah komplikasi nifas yang penting adalah kesehatan mental berupa depresi postpartum. Depresi postpartum adalah perasaan sedih akibat berkurangnya kebebasan ibu, penurunan estetika dan perubahan tubuh, berkurangnya interaksi sosial dan kemandirian yang terjadi setelah melahirkan. Depresi postpartum merupakan masalah yang sering ditemukan dan merupakan gangguan *mood* nonpsikotik yang biasanya terjadi 6-8 minggu setelah melahirkan (Pieter, 2012). Depresi postpartum akan menimbulkan efek yang merugikan bagi ibu, bayi, dan berpengaruh pada anggota keluarga juga.

Dampak yang terjadi pada ibu antara lain ibu mengalami gangguan aktivitas, gangguan berhubungan dengan orang lain (keluarga dan teman) dan ibu mungkin tidak dapat merawat diri sendiri dan bayinya. Dampak secara kesehatan yaitu ibu

tidak dapat mengikuti anjuran kesehatan selama masa nifas dan hal tersebut dikhawatirkan akan menimbulkan komplikasi ibu nifas yang lain. Dampak pada bayi yaitu bayi cenderung sering menangis, mengalami masalah tidur, dan gangguan makan. Dampak lain dari depresi postpartum adalah mempengaruhi kemampuan bayi dalam perkembangan bahasa, kedekatan emosional dengan orang lain, dan masalah bersikap. Dampak yang paling fatal adalah ibu ada keinginan untuk bunuh diri atau bahkan ingin membunuh bayinya. Depresi postpartum juga akan menimbulkan dampak buruk bagi seluruh anggota keluarga karena ibu cenderung menarik diri dan menolak merawat bayi sehingga bayi mengalami kekurangan kasih sayang (Elvira dalam Lubis, 2006).

Penelitian sebelumnya oleh Wahyuni dkk (2014) depresi postpartum dipengaruhi oleh pekerjaan dan dukungan keluarga, bukan karena umur, pendidikan, dan paritas. Penelitian lain oleh Tikmani dkk (2016) depresi postpartum dipengaruhi dukungan keluarga, paritas, pendidikan, komplikasi melahirkan, kehamilan tidak diinginkan, dan obesitas. Survei pendahuluan yang dilakukan pada 10 orang ibu nifas di Puskesmas Karanganyar menunjukkan 50% ibu nifas mengalami kecemasan atau depresi. Berdasarkan faktor-faktor risiko terkait kejadian depresi postpartum yang sudah diteliti oleh peneliti sebelumnya menunjukkan hasil yang berbeda-beda. Oleh karena itu peneliti tertarik menganalisis faktor umur, paritas, pendidikan, pekerjaan, dukungan suami, dan dukungan keluarga yang berhubungan dengan kejadian depresi postpartum di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar Kabupaten Karanganyar tahun 2017.

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan antara faktor risiko usia, paritas, pendidikan, pekerjaan, dukungan suami, dan dukungan keluarga dengan kejadian depresi postpartum di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar Kabupaten Karanganyar Tahun 2017.

2. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan pada bulan 31 Juli-7 Agustus 2017. Tempat penelitian di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar Kabupaten Karanganyar. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu nifas 0-8 minggu yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar. Sampel dalam penelitian menggunakan rumus Hidayat (2014), dan diperoleh jumlah sampel 81 responden. Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan *Proportional Random Sampling*. Sumber data pada penelitian ini menggunakan data primer yaitu berasal dari hasil wawancara menggunakan kuesioner dan untuk pengukuran depresi pada ibu nifas menggunakan kuesioner EPDS (*Edinburgh Postpartum Depression Scale*) dengan ketentuan apabila skor < 10 maka ibu nifas tidak mengalami depresi sedangkan skor ≥ 10 maka ibu nifas mengalami depresi postpartum. Sedangkan data sekunder berasal dari data yang terdapat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Karanganyar dan Puskesmas Karanganyar. Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat bertujuan untuk mengetahui distribusi frekuensi dan persentase dari variabel yang diteliti dan analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara masing-masing variabel bebas (*Independent*) yaitu umur ibu, paritas, pendidikan, pekerjaan, dukungan suami dan dukungan keluarga dengan variabel terikat (*Dependent*) yaitu kejadian depresi postpartum menggunakan uji statistik *Chi-Square*.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Karakteristik Responden

Penelitian ini menggambarkan 81 ibu dalam keadaan nifas. Gambaran karakteristik ibu nifas meliputi usia ibu, paritas, tempat persalinan, penolong persalinan, pendidikan ibu, pekerjaan ibu. Berdasarkan karakteristik usia, ibu nifas yang depresi maupun tidak depresi dengan rentang usia 15-19 tahun memiliki jumlah yang sama yaitu 1 orang (50%). Sedangkan pada rentang usia

20-35 tahun lebih banyak yang tidak mengalami depresi yaitu sebanyak 35 orang (53,0%), dan pada usia 36-45 tahun lebih banyak yang mengalami depresi yaitu 7 orang (53,8%).

Berdasarkan paritasnya, ibu nifas dengan paritas multipara mengalami kondisi psikologis baik depresi maupun tidak depresi hampir sama. Ibu nifas dengan paritas multipara lebih banyak mengalami depresi yaitu sebanyak 28 orang (51%). Sedangkan pada paritas primipara lebih banyak yang mengalami tidak depresi yaitu sebanyak 15 orang (57,7%).

Gambaran karakteristik responden berdasarkan usia saat penelitian, usia saat hamil, pendidikan responden, pendidikan suami, pekerjaan responden, pekerjaan suami, jarak kelahiran, dan pendapatan keluarga perbulan di Kabupaten Boyolali ditampilkan pada tabel berikut:

Tabel 1. Gambaran Karakteristik Responden Ibu Nifas di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar

Karakteristik	Kondisi Psikologis Ibu				Total	
	Tidak Depresi		Depresi			
	n	(%)	n	(%)	N	(%)
Usia Ibu						
15-19 tahun	1	50	1	50	2	100
20-35 tahun	35	53	31	47	66	100
36-45 tahun	6	46,2	7	53,8	13	100
Paritas						
Primipara	15	57,7	11	42,3	26	100
Multipara	27	49	28	51	55	100
Tempat Persalinan						
Rumah Sakit	20	51,3	19	48,7	39	100
Rumah Bidan	11	57,9	8	42,1	19	100
Klinik Bersalin	11	50	11	50	22	100
Puskesmas	0	0	1	100	1	100
Penolong Persalinan						
Dokter	22	50	22	50	44	100
Bidan	20	54	17	46	37	100
Pendidikan Terakhir						
SD	1	33,3	2	66,7	3	100
SMP	14	51,9	13	48,1	27	100

SMA	15	44,1	19	55,9	34	100
Diploma/Sarjana	12	70,6	5	29,4	17	100
Pekerjaan						
Ibu Rumah Tangga	19	45,2	23	54,8	42	100
PNS	1	50	1	50	2	100
Pegawai Swasta	12	57,1	9	42,9	21	100
Wiraswasta	6	60	4	40	10	100
Buruh	1	50	1	50	2	100
Lainnya	3	75	1	25	4	100

Ibu nifas yang melakukan persalinan di rumah sakit lebih banyak yang tidak mengalami depresi yaitu sebanyak 20 orang (51,3%), dan ibu yang melahirkan di rumah bidan juga lebih banyak yang tidak mengalami depresi yaitu 11 orang (57,9%). Sedangkan ibu yang melahirkan di klinik bersalin memiliki jumlah sama antara yang mengalami depresi dan tidak depresi yaitu masing-masing 11 orang (50%) dan ibu yang melahirkan di puskesmas seluruhnya mengalami depresi yaitu 1 orang (100%).

Ibu nifas dengan penolong persalinan dokter yang mengalami depresi dan tidak depresi memiliki jumlah sama yaitu 22 orang (50%). Sedangkan ibu nifas dengan penolong persalinan bidan lebih banyak yang tidak depresi yaitu 20 orang (54%).

Berdasarkan pendidikan terakhir SD lebih banyak yang mengalami depresi yaitu sebanyak 2 orang (66,7%). Pada pendidikan terakhir SMP lebih banyak yang tidak depresi yaitu 14 orang (51,9%). Pendidikan terakhir SMA lebih banyak yang depresi yaitu sebanyak 19 orang (55,9%). Sedangkan pendidikan terakhir diploma/sarjana lebih banyak yang tidak depresi sebanyak 12 orang (70,6%).

Ibu nifas yang tidak bekerja atau ibu rumah tangga lebih banyak yang mengalami depresi yaitu sebanyak 23 orang (54,8%). Ibu nifas yang bekerja sebagai PNS dan buruh memiliki jumlah sama yang mengalami depresi dan tidak depresi yaitu sebanyak 1 orang (50%). Sedangkan pada ibu nifas yang bekerja

sebagai pegawai swasta dan wiraswasta lebih banyak yang tidak depresi yaitu masing-masing 12 orang (57,1%) dan 6 orang (60%).

3.2 Analisis Bivariat

Tabel 2. Hubungan antara Usia, Paritas, Pendidikan, Pekerjaan, Dukungan Suami, Dukungan Keluarga dengan Kejadian Depresi Postpartum

Variabel	Kondisi Psikologis				Total		P <i>value</i>	PR (CI 95%)
	Ibu		Depresi					
	Tidak Depresi							
	n	(%)	n	(%)	N	(%)		
Usia Ibu								
Berisiko	7	46,7	8	53,3	15	100	0,656	1,135
Tidak Berisiko	35	53,0	31	47,0	66	100		(0,663 – 1,945)
Paritas								
Primipara	15	57,7	11	42,3	26	100	0,469	0,831
Multipara	27	49,1	28	50,9	55	100		(0,495 – 1,396)
Pendidikan								
Tinggi	27	52,9	24	47,1	51	100	0,798	0,941
Rendah	15	50,0	15	50,0	30	100		(0,593 – 1,493)
Pekerjaan								
Bekerja	23	59,0	16	41,0	39	100	0,216	0,749
Tidak Bekerja	19	45,2	23	54,8	42	100		(0,470 – 1,194)
Dukungan Suami								
Rendah	12	33,3	24	66,7	36	100	0,003	2,0
Tinggi	30	66,7	15	33,3	45	100		(1,246 – 3,211)
Dukungan Keluarga								
Rendah	33	46,5	38	53,5	71	100	0,010	5,352
Tinggi	9	90,0	1	10,0	10	100		(0,823 – 34,795)

Ibu nifas dengan usia yang berisiko cenderung mengalami depresi sebanyak 8 orang (53,3%). Sedangkan ibu nifas dengan usia yang tidak berisiko lebih banyak yang tidak depresi yaitu sebanyak 35 orang (53,0%). Tidak ada hubungan usia ibu dengan kejadian depresi postpartum di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar (*p value* 0,656). Hasil penelitian ini mendukung penelitian Kusumastuti dkk (2015) yang menyatakan bahwa ibu nifas yang berusia berisiko

maupun tidak berisiko tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian depresi postpartum (*p value* 0,259).

Berdasarkan hasil penelitian, usia responden yang berisiko (usia < 20 tahun dan > 35 tahun) lebih banyak yang terkena depresi. Bagi ibu dengan usia < 20 tahun secara fisik dan mental belum siap dalam menghadapi kehamilan dan persalinan. Dari segi fisik akan mendapat kesulitan persalinan karena rahim dan panggul ibu belum tumbuh mencapai ukuran dewasa dan dari segi mental ibu belum siap untuk menerima tugas dan tanggung jawab sebagai orang tua baru. Pada umur lebih dari 35 tahun juga akan mengalami kesulitan, dari segi fisik pada umur tersebut akan mudah terkena penyakit akibat organ kandungan yang telah menua dan jalan lahir akan bertambah kaku sehingga akan menyebabkan persalinan macet bahkan pendarahan. Dari segi mental pada umur tersebut kebanyakan ibu telah mengalami persalinan sebelumnya dan tidak menginginkan kehamilan kembali sehingga ada beban tersendiri bagi ibu karena telah memiliki banyak tanggung jawab terhadap anak sebelumnya (Lubis, 2013).

Ibu nifas dengan paritas primipara lebih banyak yang depresi sebanyak 11 orang (42,3%). Sedangkan ibu nifas dengan paritas multipara cenderung mengalami depresi sebanyak 28 orang (50,9%). Tidak ada hubungan paritas dengan kejadian depresi postpartum di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar (*p value* 0,469). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Kusumastuti dkk (2015) yang menyatakan bahwa ibu nifas yang baru pertama kali melahirkan (primipara) ataupun sudah pernah melahirkan (multipara) tidak ada perbedaan yang signifikan *score* depresi postpartum. Namun penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kurniasari (2015) yang menyatakan ada hubungan yang signifikan paritas dengan kejadian depresi postpartum.

Wanita yang melahirkan pertama kali (primipara) belum mempunyai pengalaman dibandingkan dengan yang pernah melahirkan (multipara). Hal ini akan berpengaruh terhadap cara adaptasi klien, dimana wanita primipara lebih sering mengalami *postpartum blues* karena setelah melahirkan wanita primipara

mengalami proses adaptasi yang lebih dibandingkan pada multipara (Regina dkk, 2001). Namun tidak menutup kemungkinan pada ibu nifas dengan paritas multipara banyak yang mengalami depresi postpartum. Hal ini bisa disebabkan karena pada ibu multipara telah memiliki tanggung jawab yang lebih banyak seperti pekerjaan rumah tangga dan tanggung jawab terhadap anak sebelumnya. Penyebab lain yang menyebabkan ibu multipara depresi karena pada kehamilan yang dijalani merupakan kehamilan yang tidak direncanakan. Dengan penyebab tersebut pada ibu multipara dikehamilan selanjutnya akan menyebabkan beban tersendiri karena kehamilannya tersebut dan faktor risiko untuk terjadinya depresi postpartum menjadi lebih besar (Wijayanti dkk, 2013).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu nifas dengan pendidikan tinggi lebih banyak yang tidak depresi yaitu sebanyak 27 orang (52,9%). Hal ini dikarenakan pengetahuan yang dimiliki ibu semakin baik dan akan mendapatkan banyak informasi. Pada ibu dengan pendidikan tinggi juga biasanya telah menyiapkan segala sesuatu dari sebelum hamil hingga persalinan (Kurniasari, 2015).

Tidak ada hubungan pendidikan terakhir ibu dengan kejadian depresi postpartum di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar (*p value* 0,798). Hasil penelitian ini mendukung penelitian Hutagaol (2010) yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan baik itu rendah maupun tinggi tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian depresi postpartum (*p value* 1,00).

Hasil penelitian tersebut menunjukkan walaupun sebagian besar responden ibu nifas memiliki tingkat pendidikan yang tinggi, tetapi masih dapat berisiko terjadi depresi. Ibu nifas dengan pendidikan tinggi masih dapat berisiko depresi karena umumnya mereka memiliki perasaan ambivalensi antara peran sebagai ibu dalam merawat anak dan keluarga dengan keinginan ibu untuk meningkatkan karier sehingga ibu dengan tingkat pendidikan tinggi lebih rentan mengalami depresi (Kurniasari, 2015).

Ibu nifas yang tidak bekerja memiliki kondisi psikologis depresi sebanyak 23 orang (54,8%). Sedangkan ibu nifas yang bekerja dengan kondisi psikologis depresi sebanyak 16 orang (41,0%). Tidak ada hubungan pekerjaan ibu dengan kejadian depresi postpartum di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar (*p value* 0,216). Hasil penelitian ini mendukung penelitian Hutagaol (2010) dan Kusumastuti (2015) yang menyatakan bahwa pekerjaan ibu tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian depresi postpartum.

Status ibu yang bekerja dan memiliki penghasilan tetap ataupun tidak bekerja (hanya menjalankan tugas rutinitas sebagai ibu rumah tangga) cenderung tidak mempengaruhi kondisi psikologis ibu nifas, sebab status pekerjaan ibu lebih berpengaruh terhadap peningkatan penghasilan keluarga. Tingkat kecemasan ibu yang tidak bekerja cenderung berhubungan dengan adanya keterbatasan dana saat ibu memerlukan pelayanan kesehatan berbeda dengan ibu yang bekerja yang kemungkinan memiliki dana yang lebih baik untuk melakukan pemeliharaan kesehatan (Hutagaol, 2010).

Berdasarkan hasil penelitian yang peneliti lakukan, pada ibu nifas yang berada di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar secara sosial ekonomi termasuk menengah ke atas yang dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari telah mencukupi. Maka dari itu jumlah responden ibu nifas yang tidak bekerja lebih banyak karena secara ekonomi suami telah memenuhi kebutuhannya.

Ibu nifas yang memiliki dukungan suami yang rendah cenderung mengalami depresi yaitu 24 orang (66,7%). Sedangkan ibu nifas yang memiliki dukungan suami tinggi cenderung tidak mengalami depresi yaitu 30 orang (66,7%). Berdasarkan hasil uji statistik ada hubungan yang signifikan antara dukungan suami dengan kejadian depresi postpartum (*p value* 0,003). Yanita dan Zamarlita (2001) menyatakan, suami adalah orang yang pertama dan utama dalam memberi dorongan dan dukungan pada istri sebelum pihak lain turut memberikannya. Oleh karena itu, suami merupakan orang pertama yang menyadari akan adanya perubahan dalam diri pasangannya. Dengan demikian, dukungan dari suami

seperti membantu tugas-tugas rumah tangga, memberikan perhatian serta bersedia mendengarkan keluh kesahnya dapat memberi pengaruh tertentu pada istri dalam menghadapi hari-harinya.

Dukungan suami yang dimaksud disini berupa perhatian, komunikasi dan hubungan emosional yang intim, merupakan faktor yang paling bermakna menjadi pemicu terjadinya depresi postpartum. Dari penelitian didapatkan data bahwa rendahnya atau ketidakpastian dukungan suami dan keluarga akan meningkatkan kejadian depresi postpartum (Elvira, 2006). Buruknya hubungan perkawinan dan tidak adekuatnya dukungan sosial mempengaruhi kejadian *postpartum blues* (Cury et.al, 2008).

Penelitian Setyowati (2006) tentang dukungan suami dengan kejadian depresi postpartum, menyatakan bahwa kejadian depresi postpartum disebabkan oleh faktor-faktor kualitas dan kondisi bayi baru lahir, pengalaman yang tidak menyenangkan pada periode kehamilan dan persalinan, dukungan sosial dan spiritual.

Hasil penelitian menunjukkan dari 81 ibu nifas yang menjadi responden 71 orang (87,7%) mendapatkan dukungan keluarga yang rendah. Dan dari yang mendapat dukungan rendah sebanyak 38 orang (53,5%) mengalami depresi postpartum. Berdasarkan hasil uji statistik ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kejadian depresi postpartum (*p value* 0,010).

Dukungan keluarga dapat diberikan secara emosional yang mencakup rasa cinta dan sayang yang akan membuat ibu nifas merasa diperhatikan dan dapat mengurangi kesedihannya. Sedangkan pemberian informasi yang meliputi pemberian nasehat untuk mengatasi masalah membuat ibu mempunyai tempat untuk berkeluh kesah dan membantu ibu dalam mempelajari dan beradaptasi dengan peran barunya sebagai ibu. Pemberian bantuan yang berbentuk materi dan fisik seperti menyiapkan makanan, menggantikan menjaga anak, dan membantu pekerjaan rumah tangga membuat ibu merasa terbantu dalam merawat bayi sehingga ibu pun memiliki waktu untuk beristirahat dan memiliki kualitas

tidur yang baik karena harus terbangun di malam hari untuk menyusui bayinya. Adapun dukungan keluarga yang sangat diharapkan selain dukungan suami yaitu dukungan orang tua terutama ibu (Gutira, 2011).

Dukungan keluarga yang diberikan kepada ibu akan mengurangi terjadinya depresi postpartum. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Taylor dalam Ariyanto (2009) yang menyatakan bahwa manfaat dukungan sosial yang secara efektif menurunkan keadaan yang membahayakan secara psikologis pada saat-saat penuh ketegangan. Dukungan sosial yang muncul untuk menurunkan kemungkinan sakit dan mempercepat kesembuhan, dan dukungan keluarga adalah salah satu bentuk dukungan sosial.

4. PENUTUP

4.1 Simpulan

Usia ibu nifas sebagian besar masuk pada rentang usia tidak berisiko (20-35 tahun) yaitu sebanyak 66 orang (81,5%). Sebagian besar ibu nifas termasuk pada paritas multipara sebanyak 55 orang (67,9%). Pendidikan terakhir ibu nifas lebih banyak masuk dalam kategori pendidikan tinggi (SMA/diploma/sarjana) sebanyak 51 orang (63,0%). Sebagian ibu nifas masuk dalam kategori tidak bekerja yaitu sebanyak 42 orang (51,9%). Sebagian ibu nifas mendapat dukungan suami yang tinggi yaitu sebanyak 45 orang (55,6%).

Sebagian besar ibu mendapat dukungan keluarga dalam kategori rendah sebanyak 71 orang (87,7%). Tidak ada hubungan antara usia ibu dengan kejadian depresi postpartum di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar Kabupaten Karanganyar tahun 2017 ($p\text{-value} = 0,656$). Tidak ada hubungan antara usia ibu dengan kejadian depresi postpartum di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar Kabupaten Karanganyar tahun 2017 ($p\text{-value} = 0,656$). Tidak ada hubungan antara paritas dengan kejadian depresi postpartum di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar Kabupaten Karanganyar tahun 2017 ($p\text{-value} = 0,469$).

Tidak ada hubungan antara pendidikan ibu dengan kejadian depresi postpartum di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar Kabupaten Karanganyar tahun 2017 ($p\text{-value} = 0,798$). Tidak ada hubungan antara pekerjaan ibu dengan kejadian depresi postpartum di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar Kabupaten Karanganyar tahun 2017 ($p\text{-value} = 0,216$). Ada hubungan antara dukungan suami dengan kejadian depresi postpartum di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar Kabupaten Karanganyar tahun 2017 ($p\text{-value} = 0,003$; $PR = 2,0$; $95\% CI = 1,246 - 3,211$). Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kejadian depresi postpartum di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar Kabupaten Karanganyar tahun 2017 ($p\text{-value} = 0,010$; $PR = 5,352$; $95\% CI = 0,823 - 34,795$).

4.2 Saran

Ibu nifas sebaiknya dalam menjalani masa nifas bisa dilalui dengan menyenangkan, karena ibu nifas akan menjadi individu baru yang akan menjalani hidup baru dengan buah hatinya. Bagi ibu nifas juga sebaiknya rutin dalam melakukan kunjungan nifas agar permasalahan-permasalahan setelah melahirkan dapat tertangani dengan lebih cepat. Dan juga ibu nifas bisa menceritakan keluhan-kesahnya selama nifas kepada bidan agar segala permasalahan dapat dikomunikasikan dan hal yang ingin diungkapkan dapat tersampaikan pada tenaga kesehatan.

Suami harus dapat memberi dukungan kepada istri baik dukungan emosional, instrumental, penghargaan, dan informasi. Suami juga merupakan orang pertama dan utama dalam memberikan dorongan dan dukungan pada istri karena itu suami harus memberikan perhatian dengan mendengarkan keluhan-kesahnya dan membantu tugas-tugas rumah tangga sehingga istri dapat lebih nyaman dalam menjalani masa nifasnya dan suami lebih mudah mencegah terjadinya depresi postpartum pada istrinya.

Keluarga terutama ibu juga bisa memberikan bantuan kepada ibu nifas terutama yang primipara baik bantuan secara fisik maupun pemberian informasi

dan nasehat dalam mengatasi setiap masalahnya. Hal ini sangat penting bagi ibu yang sedang mempelajari dan beradaptasi terhadap peran barunya sebagai ibu.

Dukungan tenaga kesehatan juga diperlukan dengan memberikan pelayanan terbaik, khususnya bidan sebagai tenaga kesehatan yang paling dekat dengan masyarakat yang hampir disetiap desa terdapat satu bidan. Kebanyakan ibu nifas yang tidak melahirkan di bidan tidak mau untuk dilakukan kunjungan nifas pada bidan desanya dan hal tersebut menyebabkan adanya jarak antara ibu nifas dan bidan, jadi diharapkan ibu bidan lebih berusaha dalam memberikan dukungan, bimbingan, dan bantuan. Jika bidan kesulitan untuk memantau para ibu nifas, bidan dapat meminta bantuan pada kader yang ada disekitar rumah ibu nifas. Bagaimanapun peran bidan sangat bisa untuk antisipasi terhadap adanya kondisi depresi pada periode postpartum ibu.

Peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian lebih lanjut dan mendalam mengenai faktor-faktor yang menyebabkan depresi postpartum dengan desain penelitian lainnya. Peneliti selanjutnya bisa meneliti faktor-faktor depresi postpartum dengan melakukan penelitian kualitatif agar benar-benar diketahui lebih terperinci faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya depresi postpartum.

DAFTAR PUSTAKA

- Assarag B, Dubourg D, Maaroufi A, Dujardin B, dan Brouwere VD. (2013). Maternal Postpartum Morbidity in Marrakech: what women feel what doctors diagnose. *Biomed Central Pregnancy and Childbirth*. 13:225.1471-2393.
- Curry., Alexandre., Faisal., Menezes., Paulo., Rossi., Tedecco., Jose., Julio. (2008). Maternity “Blues”: Prevalence and Risk Factors. *The Spanish Journal of Psychology*. Vol 11. No. 2. 593-599.
- Dinkes Kabupaten Karanganyar. (2015). *Profil Kesehatan Kabupaten Karanganyar 2015*.

- Dinkes Provinsi Jawa Tengah. 2015. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah 2015*.
- Dinkes Provinsi Jawa Tengah. 2016. *Buku Saku Provinsi Jawa Tengah 2016*.
- Dira IKPA, Wahyuni AAS. (2016). Prevalensi dan Faktor Risiko Depresi Postpartum di Kota Denpasar Menggunakan Edinburgh Postnatal Depression Scale. *E. Jurnal Medika*. Vol. 5. No.7
- Elvira., Sylvia, D. (2006). *Depresi Pasca Persalinan*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Fibriana, AI. (2007). Faktor-faktor Risiko yang Mempengaruhi Kematian Maternal (Studi Kasus di Kabupaten Cilacap). [Tesis]. Semarang: Program Studi Magister Epidemiologi Universitas Diponegoro.
- Gutira, T. (2011). *Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kejadian Baby Blues Syndrome pada Ibu Post Sectio Caesaria*. [Skripsi]. Surakarta: Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Hidayat, A. A. A. (2014). *Metodologi Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data Contoh Aplikasi Studi Kasus*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hutagaol, E.T. (2010). *Efektivitas Intervensi Edukasi pada Depresi Postpartum*. [Tesis Ilmiah]. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Kadour, C., Souissi, R., Haddad, Z., Zaghdoudi, Z., Magouri, M., Soussi, M., Abbassi, S. (2008). Causes and Risk Factors of Maternal Mortality in the ICU. *Biomed Central*. Vol. 12 (2).
- Kurniasari, D., Astuti, Y.A. (2015). Hubungan antara Karakteristi Ibu, Kondisi Bayi, dan Dukungan Sosial Suami dengan *Postpartum Blues* pada Ibu dengan Persalinan *Caesar* di Rumah Sakit Umum Ahmad Yani Metro tahun 2014. *Jurnal Kesehatan Holistik Vol 9, No 3: 115-125*.
- Kusumastuti, Astuti, D.P, Hendriyati, S. (2015). Hubungan Karakteristik Individu dengan Depresi Postpartum pada Ibu Postpartum di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten kebumen. *Jurnal Involusi Kebidanan Vol 5 No 9*.
- Lubis, N.M. (2013). *Psikologi Kespro Wanita dan Perkembangannya Ditinjau dari Aspek Fisik dan Psikologi*. Jakarta: Kencana Prenada Media Grup.

- Pieter, H.Z. (2012). *Pengantar Komunikasi dan Konseling*. Jakarta: Kencana Prenada Media Grup.
- Regina., Pudjibudojo, J.K., Malinton, P.K. (2001). Hubungan antara Depresi Postpartum dengan Kepuasan Seksual pada Ibu Primipara. *Anima Indonesian Psychological Journal*. Vol. 16. No. 3, 300-314.
- Saleha S. (2009). *Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Sarwani, D., dan Nurlaela, S. (2008). Analisis Faktor Risiko Kematian Ibu (Studi Kasus di Kabupaten Banyumas). *Jurnal Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu-ilmu Kesehatan Universitas Jendral Soedirman 2008*.
- Setyowati, U.R. (2006). *Studi Faktor Kejadian Postpartum Blues pada Ibu Pasca Salin: Penelitian Deskriptif di Ruang Bersalin I RSUD Dr. Soetomo Surabaya*. [Skripsi]. Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
- Tikmani S.S, Soomro T, Tikmani P. (2016). Prevalence and Determinants of Postpartum Depression in a Tertiary Care Hospital. *Austin Journal of Obstetrics and Gynecology Vol. 3 (2)*.
- Wahyuni S, Murwati, Supiati. (2014). Faktor Internal dan Eksternal yang Mempengaruhi Depresi Postpartum. *Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan Vol. 3 No. 2. Hal. 106-214*.
- Walyani ES, Purwoastuti TE. (2015). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Wijayanti K, Wijayanti FA, Nuryanti E. (2013). Gambaran Faktor-faktor Risiko Postpartum Blues di Wilayah Kerja Puskesmas Blora. *Jurnal Kebidanan. Vol. 2. No. 5*
- World Health Organization. (2015). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015*. Geneva: WHO, UNICEF, UNFPA, and The World Bank.
- Yanita & Zamralita. (2001). Persepsi Perempuan Primipara tentang Dukungan Suami dalam Usaha Menanggulangi Gejala Depresi Pasca Salin. *Phronesis. Vol. 3 No.5*.